Z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

PIERWOTNA GRUŹLICA

BŁONY ŚLUZOWEJ NOSA.

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER BAUROWICZ
asystent Uniw. Jagiell.

W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1895.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego". 1895. Nr. 24 i 25.

Z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pierwotna gruźlica błony śluzowej nosa.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent Uniw. Jagiell.

W miarę udoskonalenia rynoskopii w ostatnich dziesiątkach lat przypadki pierwotnej gruźlicy nosa, tak zwanego *tuberculoma septi narium*, zaczęły pojawiać się coraz liczniej tak, że obecnie cierpienie to dokładnie poznane nie należy do zbyt rzadkich. Od czasu pierwszej publikacyi Riedla [1]), ogłoszono już znaczną liczbę tych przypadków; w tej mierze prac głównie przytoczyć należy pracę Hajeka [2]), dalej Herynga [3]) a w ostatnich czasach O. Chiariego [4]). Cierpienie to nazwać musimy pierwotnem, gdy obok zmian na błonie śluzowej nosa nie znajdujemy ogniska podobnej natury w innych częściach ustroju, nadto dla odróżnienia od cierpień następowych, pojawiających się w następstwie gruźlicy płuc; o przypadkach tych ostatnich wspominać tutaj nie będę, choć

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1878.

[2]) Die Tuberkulose der Nasenschleimhaut. Internat. klin. Rundschau. 1889.

[3]) Gruźlica błony śluzowej nosa. Medycyna. 1892.

[4]) Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Archiv für Laryngologie. 1894. T. I.

zajęcie nosa w tych razach bardzo rzadko się spotyka, częściej bowiem zmiany następowe sadowią się na błonie śluzowej języka, gardła, zajmując tu głównie mieszki limfatyczne. *Tuberculoma nasi* jest cierpieniem pierwotnem w ścisłem tego słowa znaczeniu, lubo zaprzeczyć się nie da, iż częściej spotyka się je u ludzi z oznakami zołz, niż u osób zupełnie zdrowych. O ile gruźlica pierwotna nosa może być punktem wyjścia dla gruźlicy zajmującej później inne części ustroju, brak podobnych przypadków, mimo obserwacyi zajmujących szeregi lat u jednego i tego samego chorego, cierpienie to bowiem posiada własności cierpienia miejscowego. Nie można zaprzeczyć, iż u chorego z pierwotną gruźlicą nosa, możemy w jakiś czas później znaleść inne ognisko gruźlicze n. p. w płucach, rozstrzygnąć jednak, w jakim stósunku przyczynowym stoją oba te ogniska do siebie, będzie dość trudnem; wiemy, iż gruźlica następowa towarzyszy zwykle znacznym zmianom gruźliczym w innych narządach jak płucach a wyjątkowo tylko na miejscach wyżej wspomnianych usadowiona gruźlica bywa zmianą pierwotną.

Gruźlica pierwotna błony śluzowej nosa występuje w 2ch postaciach. Pierwszą, częstszą jej postacią jest guz gruźliczy, zajmujący część chrzęstną przegrody nosowej, co było też powodem przyjęcia dla gruźlicy pierwotnej nosa nazwy *tuberculoma*. Guz ten zajmuje początkowo jedną powierzchnię przegrody chrzęstnej nosa, w miarę jednak wzrostu granulacyi przychodzi do zniszczenia chrząstki i pojawienia się podobnego guza po drugiej stronie przegrody nosowej. Cechą charakterystyczną cierpienia tego jest, iż zajmuje ono miejsce ograniczone, przyjmuje postać guza o powierzchni nierównej, pokrytego błoną śluzową o zabarwieniu nie wiele różniącym się od ogólnego zabarwienia błony śluzowej nosa, zbitości elastycznej, podatnej. W miarę wzrostu guza, z powodu ścieńczenia błony śluzowej łatwo guzy te przy dotknięciu krwawią a zgłębnik bez trudności przechodzi w głąb, mogąc w przypadkach obustronnego zajęcia przegrody nosowej przejść na drugą stronę guza, w tych bowiem razach,

jak wyżej wspomniałem, chrząstka ulega zniszczeniu, zastąpiona przez masy tkanki granulacyjnej, gruźliczej.

Drugą postacią pierwotnej gruźlicy na błonie śluzowej nosa są owrzodzenia na przegrodzie chrzęstnej nosa, o naciekłym dnie i wybujałych brzegach. Ścisłej granicy jednak między temi dwoma postaciami choroby, między owrzodzeniem gruźliczem a guzem, poprowadzić nie można, gdyż owrzodzenie poprzedzać musi naciek, w tych razach zawsze jako guz występujący, czego i klinicznie czynić nie można dla odróżnienia *tuberculoma septi* od następowej gruźlicy nosa pojawiającej się jedynie pod postacią płaskich owrzodzeń. Owrzodzenie więc zajmować będzie głównie przegrodę nosową, choć w tym drugim okresie choroby nierzadko sprawa przenosi się na przedsionek jamy nosowej i na przedni koniec małżowiny dolnej, nigdy zaś początku tej tak zwanej pierwotnej gruźlicy nosa w pierwszem jej stadyum nie spotykano na ostatnich miejscach. Widzimy więc, iż nie można odróżnić dwóch postaci tej choroby a jedynie mówić możemy o dwóch jej stadyach. Tak w stadyum pierwszem jak i w drugiem główną cechą jest ograniczenie zmian chorobowych; choroba może wlec się latami całemi, zajmując jedynie przegrodę chrzęstną nosa w postaci guza, zanim przyjdzie do rozpadu. I tu znów sprawa posuwa się zwykle powoli, bardzo rzadko przenosząc się na przegrodę nosa kostną, sprowadza przebicie przegrody chrzęstnej i może ustać zupełnie nawet bez leczenia, częściej zaś przy użyciu odpowiednich zabiegów. Cierpienie to jednak odznacza się skłonnością do nawrotu, nie wywierając przytem szkodliwego wpływu na ustrój ludzki. W zaniedbanych przypadkach, cierpienie może przejść i na skórę nosa, warg i policzków, sprowadzając owrzodzenia skóry o charakterystycznych znamionach owrzodzeń gruźliczych (podobny przypadek obserwowałem na klinice Stoerka), dających nam możność wykluczenia owrzodzeń liszaja żrącego (*lupus vulgaris*), wreszcie kiły, o czem wspomnę przy rozróżnianiu tej choroby od innych. Wyjątkowo, co jednak wielu ma przeciwników (Mer-

tens[5]) i inni), sprawa przenieść się może na przegrodę kostną nosa, zniszczyć kość i sprowadzić zapadnięcie się nosa, zbliżone swem wejrzeniem bardzo do zmian w kształcie nosa zewnętrznego po przebyciu spraw kilakowych jamy nosowej. Takie przypadki opisał Hajek, zwracając jednak uwagę, iż zdarza się to bardzo rzadko i jedynie w starych, zaniedbanych przypadkach, w których granulacye mogły znaleść czas do zniszczenia kości. Przy zmianach kiłowych trzeciorzędnych naciek kilakowy szybko zajmuje głębsze warstwy błony śluzowej, sprowadza objawy *perichondritis* i w krótkim już czasie może przyjść do obumarcia większych części chrząstki i kości, które następnie wypadają, sprowadzając w odpowiednich razach zapadnięcie się nosa. Oprócz trzech przypadków spostrzeganych w naszym oddziale, widziałem na klinice Stoerka kilka przypadków *tuberculoma*, w żadnym z nich jednak nie obserwowaliśmy przeniesienia się sprawy na przegrodę kostną nosa z ewentualnemi następnie zmianami w kształcie nosa. Zauważyłem tylko, iż przy znacznych guzach przegrody chrzęstnej znajdujących się po obu stronach, może przyjść do rozszerzenia się nosa w częściach miękkich i zbliżenia kształtu nosa zewnętrznego do wejrzenia nosa przy zmianach twardzielowych, jak to było w przypadku naszym trzecim. Trudność oddychania przez nos bywa najczęstszym powodem, dla którego zgłaszają się chorzy, rzadziej z powodu krwawienia z nosa, już i dlatego, iż to ma miejsce więcej w drugiem stadyum choroby.

Co się tyczy rozpoznania, to przy gruźlicy następowej nosa nie napotyka ono na żadne trudności, zwykle bowiem znaczne zmiany gruźlicze w płucach każą się nam domyślać natury owrzodzeń w nosie a nadto przy owrzodzeniach z gruźlicy następowej często widzieć można na brzegach wrzodu przeświecające gruzełki jako szarawe punkciki, wreszcie tak badanie histologiczne jak i barwienie prątków w skrawkach zwykle rzecz potwierdza.

---

[5]) Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Würzburg 1889.

Rozpoznanie guza gruźliczego przegrody nosowej względnie owrzodzenia zeń powstałego, nie zawsze znajduje potwierdzenie w badaniu histologicznem a jeszcze rzadziej w bakteryologicznem tak, iż nieraz jedynie ze stanowiska klinicznego po wykluczeniu kiły, liszaja żrącego, wreszcie nowotworu jak mięsaka, musimy rozpoznać chorobę. Zazwyczaj przy badaniu histologicznem guza znajdziemy wśród tkanki granulacyjnej słabo barwiące się gruzełki, w których jednak nie zawsze napotyka się komórki olbrzymie. Wykazanie prątków należy do bardzo wielkich trudności, zazwyczaj znajdują się one w warstwach głębszych i to w bardzo nieznacznej liczbie najczęściej jeszcze w komórkach olbrzymich. Na setki barwionych skrawków, znaleziono prątek ledwo w jednym; w moich przypadkach, okazujących zresztą typowe utkanie nacieku gruźliczego, choć ze skąpą liczbą komórek olbrzymich, mimo barwienia bardzo wielu skrawków, przecież prątków znaleść nie mogłem. W ostatnim z mych przypadków część wyjętych granulacyj zaszczepiłem śwince morskiej pod skórę, świnka jednak pozostała zdrową. Nie zawsze jednak obraz mikroskopowy przedstawiać nam będzie typowe cechy nacieku gruźliczego, często bowiem brak naciekowi tkanki granulacyjnej, gruzełków i komórek olbrzymich tak, iż nadto przy ujemnem zawsze w tych razach badaniu pod względem obecności prątków, jedynie z przebiegu klinicznego rozpoznać możemy naturę cierpienia (Seifert)[6]. We wszystkich trzech naszych przypadkach rozpoznanie kliniczne było zupełnie pewnem a dalsze badanie miało więcej cel ściśle naukowy tak, iż nawet w razie ujemnego wyniku badania histologicznego przecież natura cierpienia musiałaby pozostać tą samą. Chyba w przeciwnym razie, gdyby badanie histologiczne mogło było nam wykazać inne cierpienie, rozpoznanie musiałoby upaść, kliniczne bowiem doświadczenie w rozpoznawaniu tej choroby, jak wspomniałem wyżej, musi być nieraz jedynem do poznania natury tego cierpienia.

---

[6]) Atlas der Histopathologie der Nase, Mundhöhle und des Kehlkopfes. 1895.

Odróżnienie od innych cierpień będzie zależeć od stadyum choroby; gdy choroba występuje pod postacią guza, wykluczyć należy w pierwszym rzędzie polip śluzowy lub włókniak przegrody nosowej, przypadki bardzo rzadkie, odznaczające się zresztą usadowieniem szypułkowatem, swoją zbitością, gładką powierzchnią, nie krwawiące za dotknięciem; prędzej zaś możnaby *tuberculoma* pomięszać ze zmianą jednak również bardzo rzadką, polipowatego przerostu błony śluzowej na przegrodzie, tu znowu brak odpowiedniej zbitości, krwawienia, wreszcie rychłe zagojenie się rany po wycięciu guza, naprowadzą nas na rozpoznanie.

Sprawa ostra na przegrodzie nosowej, jak zapalenie ochrzęstnej samoistne (Fischenich [7]), Kuttner [8]), Wróblewski) [9]), cierpienie bardzo rzadkie odznaczać się nam będzie obok ostrych objawów zapalnych gładką powierzchnią, ewentualnem chełbotaniem w środku guza zresztą płaskiego, co raczej przy wykluczeniu kiły więcej wchodzi w rachubę. Następowe zaś zapalenie ochrzęstnej po urazach lub w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, łatwiej wykluczyć możemy.

Krwiak przegrody nosowej (*haematoma septi*), przy wejrzeniu swem obok wywiadów, nie sprawi nam trudności.

Kilak przegrody nosowej odznacza się płaskim, szerokim naciekiem przechodzącym w sąsiedztwo gładką powierzchnią, podatnością w środku nacieku a przy obecności wrzodu, formą jego okrągłą o ostrych brzegach, drążeniem w głąb, daje nam charakterystyczne oznaki, przyczem wiele nam mogą pomódz badanie gardła i wywiady.

Znaczne bujanie guzków liszaja żrącego błony śluzowej nosa może być bardzo podobne do *tuberculoma*, nie brak tu jednak nigdy guzków w okolicy na błonie śluzowej, względnie charakterystycznych owrzodzeń po wypadłych guzkach

---

[7]) Ueber das Hämatom und die primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[8]) Die sogenannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngol. 1894. T. II. Z. 1.

[9]) Ueber die sogenannten acuten Abscesse der Nasenscheidewand (*Abscessus acuti septi narium*). Archiv für Laryngol. 1895. T. II. Z. 3.

a nadto częste zajęcie skóry, choćby na częściach odległych od nosa, ułatwia nam rozpoznanie.

Wreszcie pomięszać by można *tuberculoma* z miękkim mięsakiem, mogącym mieć wszystkie typowe cechy guza gruźliczego; tu znowu rychłość powrotu guza po jego wycięciu obok badania histologicznego wskaże nam właściwą naturę sprawy chorobowej.

Rokowanie ze względu na nawroty tej choroby nie może być nigdy zupełnie pewnem, choć nie ulega wątpliwości, iż choroba ta da się usunąć doszczętnie. Czy zaś obecność ogniska gruźliczego w postaci *tuberculoma*, jak wyżej wspomniałem, może być punktem wyjścia dla gruźlicy w innym narządzie, względnie gruźlicy ogólnej, brak nam dotychczas odpowiednich spostrzeżeń. Profesor Pieniążek opowiedział mi łaskawie, jeden przypadek ze swej praktyki prywatnej, gdzie u chorego, zresztą zupełnie zdrowego, znalazł owrzodzenia w nosie, których przyczyna nie była mu jasną, choć przez wykluczenie w uwzględnieniu obciążenia dziedzicznego chorego, podejrzywano gruźlicę. Dalsze losy tego chorego, dopiero w kilka lat później, potwierdziły początkowe domysły; chory uległ w końcu zmianom gruźliczym w innych narządach.

Leczenie musi być doszczętnem; drogą krwawą, nożem, względnie ostrą łyżeczką, usunąć musimy wszystkie części zajęte, poznając je po ich zbitości i krwawieniu łatwem, następnie resztki kwasem mlekowym, względnie galwanokauterem przypalając, osiągnąć możemy zupełne wygojenie się sprawy chorobowej. Występują wprawdzie nawroty choroby, ale i te wcześnie usuwane, przecież w końcu doprowadzić mogą do wygojenia sprawy. Oszczędzanie przy zabiegach przegrody nosowej nie ma racyi, gdyż przy obustronnem zajęciu przegrody i tak chrząstka uległa zniszczeniu, prędzej więc czy później musi przyjść do przedziurawienia przegrody a i przy jednostronnej zmianie nawet energiczne leczenie uchroni nas rzadko od uszkodzenia ochrzęstnej, tak iż zawsze przyjdzie do przebicia przegrody, które jednak ze względu

na lokalizacyę swą w części chrząstkowej przegrody nosowej, nie grozi zapadnięciem się nosa.

Wspominając tu o przebiciu przegrody nosowej, dodać muszę, iż nieraz badając chorego, znajdziemy już przebicie o brzegach podgojonych lub owrzodziałych, z wybujałemi granulacyami dokoła, co bardzo zbliża obraz chorobowy do przedziurawienia z powodu kilaka, przeto wywiady, obok wejrzenia owrzodzeń i granulacyi naprowadzą nas na rozpoznanie. Dodatkowo wspomnę, mówiąc o przebiciu przegrody nosowej, o tak zwanym *ulcus perforans septi*, cierpieniu, którego nie uznają wszyscy, mającemu powstać wskutek często powtarzających się krwotoków nosowych, lokalizujących się, jak wiemy, na przegrodzie chrzęstnej nosa. Przychodzi tu do miejscowego zakażenia, powstaje wrzód, następnie zapalenie ochrzęstny, wreszcie obumarcie chrząstki tak, iż przychodzi do przebicia przegrody a w końcu do samoistnego wygojenia się sprawy. Nie brak w najnowszej literaturze ścisłych obserwacyi, przemawiających za możnością powstania przebicia przegrody nosowej w ten sposób (Weichselbaum [10]), Zuckerkandl [11]), Voltolini [12]), Rossbach [13]), Hajek [14]) i [15]), ale przechodząc do powstałego już przebicia przegrody z zupełnem wygojeniem brzegów bez świeżych objawów chorobowych na innych miejscach błony śluzowej nosa widzimy, iż nasuwa nam się mimowoli pytanie co do przyczyny przebicia przegrody. W pierwszym rzędzie wykluczyć musimy kiłę, co gdy ubytek przechodzi i na część kostną przegrody, w sąsiedztwie znajdują się blizny promieniste a nadto mamy blizny

[10]) Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Allg. Wiener med. Zeitung. 1882.

[11]) Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischer Anhänge. Wien 1893.

[12]) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. 1888.

[13]) Ueber Ulcus rotundum septi cartilaginosi. Correspondenzblatt des allgem. ärtzl. Vereines von Thüringen. 1889.

[14]) Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Virch. Archiv. 1890. Z. CXX.

[15]) Ulcus perforans septi nasi und habituelle Nasenblutung. Internat. klin. Rundschau. 1892.

na innych częściach błony śluzowej, względnie na skórze, obok wywiadów pozwoli nam poznać przyczyny przebicia. Zostałoby tedy przebicie z powodu *tuberculoma*, wskutek zabiegów chirurgicznych, celem usunięcia skrzywienia przegrody nosowej *(deviatio septi)*, dalej po przebyciu zapalenia ochrzęstnej przegrody nosowej, wreszcie po wygojonym *ulcus perforans septi*; to ostatnie odznaczać się ma regularnymi swymi brzegami, zupełnie jednak podobnie może wyglądać przebicie sztuczne, tu tedy wywiady nam pomogą, nie odróżnią nam jednak przebicia po *ulcus perforans* od przebicia po zapaleniu ochrzęstnej przegrody, które i tak jest w obu razach. Przypadki te więc pozostaną nierostrzygnięte; niemniej trudno nam będzie w przypadkach czystego *tuberculoma septi*, w braku odpowiednich wywiadów, poznać przyczyny przebicia przegrody nosowej, w innych razach wywiady, wskazujące przewłoczność sprawy chorobowej, po wykluczeniu kiły, ułatwią nam rozpoznanie. Ze względu przeto na pewne wywiady w przypadku sztucznego przebicia a nadzwyczaj rzadkie przypadki zapalenia samoistnego ochrzęstnej i *ulcus perforans septi*, rozpoznanie natury przebicia przegrody nosowej wahać się będzie tylko między kiłą a gruźlicą tak, że wyjątkowo chyba przyczyny przebicia przegrody nosowej rozpoznać nie bylibyśmy w możności.

Pokrótce przytoczę historye chorób, spostrzeganych przez nas przypadków, z których dwa pierwsze leczono ambulatoryjnie, trzeci zaś przyjęliśmy do swego oddziału. Wszystkie trzy przypadki tyczyły się kobiet, z których najmłodsza miała lat 14, najstarsza zaś 40.

Dnia 12. Maja 1894. zgłosiła się do naszego ambulatoryum Anna F., lat 40, służąca z Krakowa, skarżąc się na zupełne zatkanie nosa po stronie prawej, trwające od kilku lat; w ostatnich tygodniach dostrzegła bolesność na brzegu otworu nozdrza prawego, gdzie po niejakim czasie powstało owrzodzenie. Krwawienia z nosa chora nigdy nie miała, nie kaszle, pochodzi ze zdrowych rodziców.

Twarz chorej nalana, w okolicy podszczękowej macalne gruczoły.

Badając nos widzimy na granicy skórnej w kącie górnym między skrzydłem nosowym a przegrodą po stronie prawej strupek, po oddzieleniu którego ukazuje się wrzód o dnie nierównem a brzegach naciekłych. W głębi nosa po stronie prawej na przegrodzie nosowej widać guz, znacznych rozmiarów, guz o powierzchni nierównej, nie owrzodziałej, pokryty błoną śluzową żółtawo-bladą; guz ten przytyka wprost do ściany bocznej nosa tak, iż małżowin dojrzeć nie można, niemniej tylnej granicy guza. Przy badaniu zgłębnikiem, guz okazuje zbitość elastyczną, krwawi jednak za dotknięciem; w głębi guza czuć przegrodę chrzęstną. Tylna granica guza daje się oznaczyć dokładnie, nie przechodzi przegrody chrzęstnej. Po stronie lewej stósunki zupełnie prawidłowe. W płucach zmian nie ma żadnych. Na innych częściach błon śluzowych górnych dróg oddechowych, jak i na skórze nic nieprawidłowego.

Powłoki skórne należy badać w każdym przypadku, gdyż w wątpliwych razach może to być pomocnem w rozpoznaniu.

Ostrą łyżeczką wyskrobano dno wspomnianego wrzodu, po pomazaniu zaś wnętrza jamy nosowej 20$^0/_0$ kokainą, usunięto nożem guz w całości; następnie resztki usuwano łyżeczką, tamponując za każdym razem jamę nosową gazą jodoformową. Chrząstka przegrody w jednem miejscu wypadła, pozostawiając po sobie otwór wielkości grochu. Gdy zagoiła się powierzchnia ranna, zaprzestano tamponowania nosa i z dniem tym chora przestała przychodzić do naszego ambulatoryum, tak, że o dalszych losach tej chorej, która przeszło miesiąc pozostawała w leczeniu, nie wiemy. Do dziś dnia jednak a już rok minął od pierwszego widzenia chorej, nie widzieliśmy jej.

Drugi przypadek zgłosił się do nas 22. Czerwca 1894.; dotyczy on Wiktoryi S., lat 14 liczącej, z Balic pod Krakowem. Chora skarży się na obustronne, stałe zatkanie nosa, trwające od roku przeszło, w ostatnich zaś czasach dostrzegła częste krwawienie z nosa po stronie lewej. Nie kaszle, pochodzi ze zdrowych rodziców i ma cały szereg zupełnie zdrowego rodzeństwa.

Nos zewnętrzny w dolnej swej części rozszerzony, zgrubiały, na szyi znacznie powiększone gruczoły, cera skóry na

twarzy rumiana. Po stronie prawej na przegrodzie nosowej widać guz wielkości grosza, o powierzchni dość gładkiej, zaczerwienionej, nie owrzodziałej, przytykający do małżowiny dolnej; guz nie przechodzi granicy przegrody chrząstkowej. Po stronie lewej widzimy guz podobny, na szczycie jego owrzodzenie wielkości grochu, o brzegach naciekłych, pokryte wydzieliną żółtawą. Zgłębnik wprowadzony w miejsce wrzodu bez oporu przechodzi w głąb guza a w końcu na powierzchnię guza po stronie prawej; chrząstka więc w tym przypadku była już zniszczona i zastąpiona przez granulacye tkanki gruźliczej. W płucach zmian żadnych, nie mniej na skórze.

Po znieczuleniu 20% kokainą wycięto kolisty otwór w przegrodzie chrzęstnej, starając się przejść granicę, zajętą zmianami chorobowemi; następnie przez dłuższy czas usuwano resztki tkanki granulacyjnej łyżeczką a w końcu przy znieczuleniu za każdym razem kokainą, stósowano do kauteryzacyi zgęszczonego kwasu mlekowego, uzyskawszy częściowe wygojenie się sprawy. Chora też przestała przychodzić, w jesieni jednak zgłosiła się znowu, skarżąc się ponownie na utrudnienie oddechania przez nos. Znaleziono nowo wybujałe granulacye na tylnej granicy otworu w przegrodzie, które usunięto w odpowiedni sposób. Trzeci raz po dłuższej przerwie przyszła do nas chora już tego roku z końcem Lutego. Oprócz granulacyj na tylnej granicy otworu w przegrodzie, mieliśmy nadto podobne granulacye po obu stronach na przednim końcu małżowiny dolnej, na początku dna jam nosowych a nadto po stronie prawej na granicy skóry skrzydła nosa i dna nosa owrzodzenie wielkości grochu. Zmiany usunięto częścią nożem, częścią łyżeczką, dalej przypalano przez dłuższy czas zgęszczonym kwasem mlekowym a w końcu resztki po stronie lewej na przegrodzie nosowej usunięto galwanokauterem. Dnia 9. Czerwca 1895., w dwa miesiące po ostatnich zabiegach, mieliśmy sposobność przekonać się o wyleczeniu chorej; czy jednak nie przyjdzie tu do powrotu choroby, tego przewidzieć nie możemy. Nadzwyczaj długi czas leczenia częściowo miał przyczynę w znacznym oporze ze strony chorej, u której nigdy nie można było zmiany usunąć doszczętnie.

Trzeci przypadek przyjęty został do naszego oddziału dnia 19. Stycznia 1895.; dotyczy on Anny R., lat 24 liczącej z Klin-Zakamene w powiecie orawskim na Węgrzech. Od dwóch lat skarży się chora na utrudnienie oddechania przez nos, które w ostatnich miesiącach stało się zupełnie nie możliwe; krwawienia z nosa chora nigdy nie miała. Zamężna od lat 4., miała jedno dziecię zdrowe, sama również nigdy nie chorowała, nie kaszle. Twarz chorej o wejrzeniu zupełnie zdrowem, gruczoły na szyi nie powiększone.

Nos zewnętrzny w częściach swych miękkich rozszerzony. Na przegrodzie nosowej z samego przodu widzimy otwór wielkości grochu; tylną granicę tegoż otworu tworzą wybujałe granulacye, nie owrzodziałe, tu i ówdzie pokryte zaschłą wydzieliną; granulacye tę obustronne, tworzą guz wielkości wiśni, przytykający bezpośrednio do małżowin. Na przednich końcach małżowin dolnych widzimy podobne granulacye, jak i na przegrodzie nosowej, tylko więcej płaskie, również nie owrzodziałe, za dotknięciem zgłębnikiem broczące. Granicy tylnej tego guza na przegrodzie nosowej, względnie owych granulacyj na małżowinach dojrzeć nie można, zgłębnik jednak przeszedłszy przez szczelinę pomiędzy guzem a ścianą boczną nosa, napotyka na przestwór wolny, tak iż już z góry sądzić można, iż guz ten znajduje się tylko w części chrzęstnej przegrody nosowej.

Badanie gardła, nosa od tyłu i krtani nie przedstawia nic nie prawidłowego; podobnie wypada badanie płuc i powłok skórnych.

Guz częścią wycięto, częścią wyskrobano; również i granulacye na małżowinach, stósując następnie kauteryzowanie zgęszczonym kwasem mlekowym. Choć miejsca pooperacyjne nie zupełnie się zagoiły, chora zażądała wypisania jej ze szpitala, który też opuściła 7. Lutego 1895. Już 31. Marca jednak zgłosiła się znowu, skarżąc się na częściowe zatykanie nosa. Przyjęto ją ponownie; na tylnej granicy otworu w przegrodzie nosowej, dziś wielkości grosza, znaleźliśmy liczne małe granulacye, miękkie, łatwo bardzo broczące, podobnie na ścianach bocznych skrzydeł nosowych i na początku dna jamy nosowej. Następnego dnia po przyjęciu chorej granulacye na przegrodzie nosowej podkrojono a następnie usunięto łyżeczką, nadto wyskrobano łyżeczką granulacye ze ścian bocznych z dna jamy nosowej. 2. i 3. Kwietnia powtórzono wyskrobanie, stósując po ostatniem skrobaniu kwas mlekowy zgęszczony. W odpowiednich odstępach czasu powtarzano

kauteryzowanie kwasem mlekowym a w końcu resztki nacieku w przegrodzie nosowej w górze przypalono galwanokauterem. Chora wyleczona, dnia 18. Kwietnia 1895. opuściła oddział.

W końcu składam podziękowanie Wmu P. Profesorowi Pieniążkowi za łaskawe odstąpienie mi powyższych przypadków a Rektorowi Profesorowi Browiczowi za przejrzenie preparatów i udzielenie mi objaśnień.